

## Inscription du/de la partenaire

### L'assuré(e)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ NPA / Lieu \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Etat civil \_\_\_\_\_

### Partenaire

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Etat civil \_\_\_\_\_

N° ass. sociale \_\_\_\_\_

Même adresse officielle depuis (mois/année) \_\_\_\_\_

Les conditions d'accès aux prestations pour les partenaires sont régies par les articles 47, 48 et 51 du Règlement de prévoyance.

La présente inscription révoque toutes les inscriptions du/de la partenaire remises antérieurement pour la prévoyance professionnelle (LPP) et pour les rapports de prévoyance auprès de la Fondation de prévoyance Ascaro. La présente inscription n'est valable que pour la durée d'assurance auprès de la Fondation de prévoyance Ascaro.

Lieu/Date

Signature du membre \*

\* La signature doit être certifiée conforme ou être apposée en personne dans les bureaux de la fondation sur présentation du passeport ou d'une carte d'identité

Prière de joindre:

- Copie de la carte d'identité ou du passeport du/de la partenaire